

## De therapeutische gemeenschap anno 2012

Brigitte Jansen \*

De therapeutische gemeenschap (TG) was in de jaren zeventig van de vorige eeuw een van de eerste vormen van behandeling voor drugsgebruikers (Kooyman, 1993; De Leon, 2000). Met de toename van het aantal drugsgebruikers nam ook het aantal behandelvormen en -mogelijkheden toe. In het huidige behandelaanbod voor drugsgebruikers speelt de TG in Nederland nog slechts een marginale rol. Deels lijkt dit voort te komen uit de hedendaagse visie op middelenafhankelijkheid als chronische ziekte (De Jong, 2006), waarbij de behandelfocus hoofdzakelijk gericht is op het beperken van de schade voor de samenleving. De aandacht voor neurobiologische aspecten van middelenafhankelijkheid, verspreiding van hiv en aids, hepatitis C en de preoccupatie van de politiek met de relatie tussen middelenafhankelijkheid en criminaliteit zorgen ervoor dat het medische perspectief dominant is in de verslavingszorg. De prioriteit ligt niet meer bij cliënten die willen stoppen met drugsgebruik, maar bij drugsgebruikers die dat niet willen en die daarom het grootste risico vormen voor de samenleving in de vorm van criminaliteit en gezondheidszorgconsumptie. Gerichtheid op blijvende abstinentie van psychoactieve stoffen is bijna van het toneel verdwenen. De TG richt zich op abstinentie en ziet middelenafhankelijkheid niet als chronische ziekte, maar als een inadequate, schadelijke vorm van 'coping', waarbij het probleem bij de persoon ligt en niet bij het middel (De Leon, 2000).

Een hernieuwde interesse in abstinentie als doel in de verslavingszorg zou mijns inziens wenselijk zijn. Op abstinentie georiënteerde behandeling wordt gevraagd door een groep drugsgebruikers die teleurgesteld zijn in een behandelregime dat meer nadruk legt op het beperken van gezondheidsrisico's en van overlast voor de samenleving, dan op

\* Drs. B.P.M. Jansen is klinisch psycholoog/psychotherapeut en hoofd behandeling bij forensisch psychiatrisch centrum De Rooyse Wissel te Venray. E-mail: [bjansen@derooysewissel.nl](mailto:bjansen@derooysewissel.nl).

hun wens om te stoppen met middelengebruik en een volwaardige plaats in de samenleving in te nemen. Zij worden gesteund door sommige auteurs, die van mening zijn dat de zorg aan drugsgebruikers meer kan doen dan het onder controle houden van het drugsgebruik (Yates & Malloch, 2010).

Tevens lijkt de marginale positie voort te komen uit het feit dat andere behandelvormen beter onderzocht zijn, zoals leefstijltrainingen (De Wildt, 2006), farmacotherapie, motiverende gespreksvoering (Miller & Rillnick, 2005), 'community reinforcement approach' (CRA; Hunt & Azrin, 1973), 'contingency management' en terugvalpreventie (Marlatt & Gordon, 1985). Wat overigens niet wil zeggen dat de effectiviteit van deze behandelingen bij drugsgebruikers onomstotelijk vaststaat (Emmelkamp & Vedel, 2006). Deze behandelingen zijn wat betreft tijdsduur en inhoud eenvoudiger te onderzoeken met behulp van een 'randomized controlled trial' (de gouden standaard bij evaluatieonderzoek) dan een TG. Deze heeft een langere behandelduur en zit wat betreft inhoud complexer in elkaar, door de combinatie van wonen, werken en behandeling, waarbij de behandeling vaak bestaat uit een geïntegreerde combinatie van diverse behandelvormen (De Leon, 2000; Yates, De Leon, Mullen & Arbiter, 2010).

Met de toenemende aandacht voor kosteneffectiviteit wordt de TG soms bestempeld als een langdurige en kostbare behandelvorm (De Leon, 2010; Yates, 2010). Dat klopt, maar men moet hierbij in ogenschouw nemen dat klinische psychotherapie zoals de TG in het 'step-ped care'-model als laatste halte fungeert en daarmee veel drugsgebruikers behandelt wier behandeling in andere therapievormen niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Deze populatie heeft vaak een langere verslavingscarrière, met een relatief hoge mate van comorbiditeit, terwijl de middelenafhankelijkheid nogal eens deel van de persoonlijkheid is geworden (Yates, De Leon, Mullen & Arbiter, 2010).

Voorts is internationaal een groei te zien van het aantal TG's in penitentiaire inrichtingen, waarbij criminele verslaafden met een justitiële maatregel in een drang- of dwangvariant in de TG geplaatst worden.

In de Verenigde Staten is de TG de aanbevolen behandeling voor moeilijk behandelbare gevangenen (Wexler & Prendergast, 2010).

Waar de Cochrane-studie (2006) nauwelijks tot geen evidentie toont voor de TG buiten de gevangenis, blijkt uit overig internationaal onderzoek dat de TG op zichzelf, maar zeker ook voor complexe groepen drugsgebruikers, een effectieve (Sacks & Sacks, 2010) doch kosteneffectieve vorm van behandeling is (Yates, De Leon, Mullen & Arbiter, 2010; Yates, 2010; De Leon, 2010; Pitss & Yates, 2010).

Om het voortbestaan van de TG's veilig te stellen, zullen deze zich moeten richten op die doelgroepen waar zij volgens Sacks en Sacks (2010) het best presteren. Dit betekent dat er specialistische TG's ontworpen moeten worden voor bepaalde (kwetsbare) populaties (zoals daklozen, mensen met dubbele diagnose en in penitentiaire inrichtingen) en dat TG's opengesteld moeten worden voor mensen die zich aangesproken voelen door deze behandelvisie en -vorm, zonder dat zij verplicht worden eerst andere therapievormen te doorlopen. Zeker zo belangrijk voor het voortbestaan is voorts kwantitatief en kwalitatief onderzoek, om volledige acceptatie van de TG te verzekeren, niet alleen als 'best practice' maar ook als 'evidence-based' behandelvorm (Yates, De Leon, Mullen & Arbiter, 2010).

### Literatuur

- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model and method*. New York: Springer.
- De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic Communities*, 31, 104-128.
- Emmelkamp, P.M.G., & Vedel, E. (2006). *Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: a practitioner's guide to theory, methods, and practice*. New York/London: Routledge.
- Hunt, G.M., & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Jong, C.A.J. de (2006). *Chronisch verslaafd: de therapeut, de patiënt en de ziekte*. (Inaugurale rede.) Nijmegen: NISPA.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Pitss, J., & Yates, R. (2010). Cost benefits of therapeutic community programming: results of a self-funded survey. *Therapeutic Communities*, 31, 129-144.
- Sacks, S., & Sacks, J.Y. (2010). Research on the effectiveness of the modified therapeutic community for persons with co-occurring substance use and mental disorders. *Therapeutic Communities*, 31, 176-211.
- Smith, L.A., Gates, S., & Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.
- Wildt, W. de (2006). *Leefstijltraining 1 en 2. Handleiding trainer*. Amsterdam: Boom.
- Yates, R. (2010). Recovery we can afford: an analysis of a sample of comparative, cost-based studies. *Therapeutic Communities*, 31, 145-156.
- Yates, R., & Malloch, M.S. (2010). *Tackling addiction: pathways to recovery*. London: Jessica Kingsley.